

療養費支給申請書( 年 月分)(あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者の記号番号						○発病又は負傷年月日			○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																																								
							年 月 日																																											
	療養を受けた者の氏名						(フリガナ)			続柄			○業務上・外、第三者行為の有無																																					
							男・女			( 1.業務上 2.第三者行為 3.その他( ) )																																								
明・大・昭・平・令 年 月 日生									○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																																									
施 術 内 容 欄	初療年月日			施術期間										実日数			請求区分																																	
	( ) 年 月 日			自・令和 年 月 日 ~ 至・令和 年 月 日										日			新規・継続																																	
	傷病名及び症状																転 帰																																	
																	継続・治癒・中止・転医																																	
	施 術 料	マッサージ(施術料)						同意部位		( 軀幹 )		( 右上肢 )		( 左上肢 )		( 右下肢 )		( 左下肢 )		摘 要																														
								施術回数		回		回		回		回		回																																
		通所						円× 回=						円																																				
		訪問施術料 1												円× 回=					円																															
		訪問施術料 2												円× 回=					円																															
		訪問施術料 3(3人~9人)												円× 回=					円																															
		訪問施術料 3(10人以上)												円× 回=					円																															
		温 罨 法(加算)												円× 回=					円																															
温罨法・電機光線器具(加算)												円× 回=					円																																	
変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可						同意部位		( 右上肢 )		( 左上肢 )		( 右下肢 )		( 左下肢 )		※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日																																		
						施術回数		回		回		回		回																																				
特別地域(加算)												円× 回=					円																																	
往 療 料												円× 回=					円																																	
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)												円× 回=					円																																	
合 計												円																																						
施術日	訪問1①	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																		
通所	訪問2②	月																																																
往療	訪問3③																																																	
○往療又は訪問の理由( 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他( ) )																																																		
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。										保健所登録区分										1.施術所所在地 2.出張専門施術者住所地																													
	令和 年 月 日										〒 -																																							
	免許登録番号										あん摩マッサージ指圧師										住所 氏名 電話																													
申 請 欄 ・ 委 任 状	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。																																																	
	また支給される金額の受領を事業主委任いたします。(任意継続被保険者を除く)																																																	
令和 年 月 日										申請者										住所																														
コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長 殿										(被保険者)										氏名 電話																														
同 意 記 録	同意医師の氏名										住 所										同意年月日										傷 病 名										要加療期間									
																					令和 年 月 日																													

<記入にあたっての注意事項>  申請書は申請者本人(被保険者)が作成し暦月を単位として記入してください。  
 二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。  
 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。  
 ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。  
 当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

<その他添付書類(該当する場合)>  
 医師の同意書(原本)     施術報告書(写し)     往療状況確認表     1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

問い合わせ先 コスモエネルギーグループ健康保険組合 現金給付担当 TEL.03-3798-3143 【2024年12月版】

常務理事	事務長	担当	支給金額					健保受付印